

Datos del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____	
	Otros nombres usados: _____ Teléfono: _____	
	N° de expediente médico: _____ Últimos 4 dígitos del Seg. Social: _____	
	Dirección: _____	
Entregar a:	Autorizo a Riverside University Health System para que le entregue información médica a: Persona/Centro: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Recibir de: Autorizo a Riverside University Health System para que reciba información médica de: Persona/Centro: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Ubicación del centro	Especifique de cuál centro solicita que entreguen los archivos: ☐ Riverside University Health System – Medical Center: 26520 Cactus Ave, Moreno Valley, CA 92555 ☐ Riverside University Health System – Arlington Mental Health: 9990 County Farm Rd, Riverside, CA 92503 ☐ RUHS – Medical Surgical Center: 26600 Cactus Ave, Moreno Valley, CA 92555 ☐ RUHS Community Health Center (Especifique de cuál clínica): _____	
Propósito	Propósito de esta entrega (Marque todos los que corresponden): ☐ Uso personal ☐ Continuidad de la atención ☐ Facturación ☐ Discapacidad ☐ Seguro médico ☐ Legal ☐ Otro (diga la razón): _____	
Información a entregar	Fecha(s) del/los servicio(s) De: _____ a _____ ☐ Datos de facturación ☐ Listado de medicamentos ☐ Informes de consultas ☐ Informes operativos ☐ Resumen del alta ☐ Informes patológicos ☐ Archivos de emergencia ☐ Notas sobre la evolución ☐ Historial y examen ☐ Informes radiológicos ☐ Informes de laboratorio ☐ Historial de consultas ☐ Todo el expediente ☐ Otros: _____	Autorizaciones especiales No se entregará la siguiente información sin las iniciales del paciente _____ Información sobre tratamientos contra drogas/alcohol _____ Información sobre pruebas genéticas _____ Información sobre archivos/tratamientos contra el VIH/SIDA _____ Información sobre tratamientos de salud mental (Podría exigirse autorización del médico antes de entregarla)
	Envío Por favor, envíe los archivos por la siguiente vía: ☐ MyChart ☐ Por correo ☐ En persona: (Papel) o (Medio: CD) ☐ Por fax a: _____ ☐ Otra vía: _____	



HIMROI

Podría haber tarifas asociadas con esta solicitud. Algunos archivos no están disponibles vía MyChart.

FACILITY USE ONLY: Requested records sent on: _____ Completed by: _____

Aviso sobre derechos y otras informaciones

Aviso: Según entiendo, tengo derecho legal, con ciertas limitaciones, ya sea de ver o de obtener copias de mi información médica confidencial o la de mi hijo menor de edad no emancipado cuyo tratamiento he autorizado. Este derecho también se le otorga al tutor legal del menor de edad, al curador de la persona, ya sea o no psiquiátrico.

Las leyes le exigen a Riverside University Health System y a muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes de seguro médico que preserven la confidencialidad de su información médica (PHI, por sus siglas en inglés). Si usted ha autorizado que le revelen su PHI a alguien que no tenga la obligación legal de preservar su confidencialidad, es posible que ésta ya no quede protegida por las leyes estatales y federales sobre la confidencialidad.

Carácter voluntario: Entiendo que la autorización para revelar la información identificada es voluntaria. La firma de esta autorización no puede imponerse como condición para recibir tratamiento, pago, registro ni como requisito para recibir beneficios, salvo si la autorización es para: 1) llevar a cabo tratamientos relacionados con investigaciones, 2) para obtener información relacionada con el cumplimiento de requisitos o con la inscripción en un plan de seguro médico, 3) para determinar la obligación de alguna entidad de pagar un reclamo, o 4) para generar PHI para entregársela a terceros.

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío por correo o la entrega personal de una revocación firmada y por escrito a *Riverside University Health System - Health Information Management Department*. Dicha revocación entrará en vigor al momento del recibo de la misma, salvo en la medida en la cual el receptor haya tomado medidas con respecto a la presente Autorización.

Derecho a inspeccionar: Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a ser utilizada o revelada, según lo establecido en 45 CFR 164.524 y que tengo derecho a recibir una copia de esta planilla.

Divulgación posterior: Entiendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación posterior sin autorización y es posible que dicha información no esté protegida por las leyes federales sobre la confidencialidad.

Preguntas: Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información Médica (en inglés: Health Information Management Department) por el **951-486-5040**.

Vencimiento

A menos que de otro modo quede revocada por escrito, esta autorización vencerá en la siguiente fecha: _____.

Si no se indica fecha alguna, esta autorización vencerá a los seis meses de la fecha. de su firma

Firma

He leído ambas páginas de la presente planilla y voluntariamente autorizo y solicito esta divulgación.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(Paciente o representante legal)

Si lo firma una persona distinta al paciente, indique su relación con el mismo: _____

